

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS
DITES
CONJONCTIVOMES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 31 Juillet 1936

POUR OBTENIR LE TITRE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

TULLIAN (Harutyun)

né le 11 décembre 1910, à Istanbul (Turquie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRELICH, Professeur.....	Président.
		HOCHÉ, Professeur	Juges.
		ABEL, Agrégé.....	
		BODART, Agrégé.....	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS
DITES
CONJONCTIVOMES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 31 Juillet 1936

POUR OBTENIR LE TITRE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

TULLIAN (Harutyun)

né le 11 décembre 1910, à Istanbul (Turquie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÉLICH, Professeur	Président.
		HOCHÉ, Professeur	Juges.
		ABEL, Agrégé	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1936

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; WEISS, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$;
BOUIN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; ANCEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; GARNIER, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; MACÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; DUFOUR, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUHHINSHOLZ, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\text{\textcircled{A}}$, A $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Thérapeutique	N.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$. M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$.	MM. POURSIÈNES.	MM. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{U}}$.
FLORENTIN, A $\text{\textcircled{U}}$.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.	DROUET, I $\text{\textcircled{U}}$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$.	SIMONIN, A $\text{\textcircled{U}}$.
WOLFF, A $\text{\textcircled{U}}$.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; S. RÉMY, I $\text{\textcircled{U}}$; BUSQUET, I $\text{\textcircled{U}}$;
BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

M. E. TRIBOLET, I $\text{\textcircled{U}}$, Secrétaire.



(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET MA MÈRE

Puissent-ils trouver dans ce modeste travail une bien faible récompense pour tout ce qu'ils ont fait pour moi. Témoignage de mon amour filial et de ma profonde reconnaissance.

A TOUS MES AMIS

En souvenir des jours passés.

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR FRÆLICH

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR HOCHÉ

Professeur d'Anatomie pathologique
Directeur du Centre Anticancéreux de Lorraine
Officier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABEL

Chargé de cours de Pathologie interne
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

A tous mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser un hommage public à tous les Maîtres qui nous ont prodigué leur enseignement précieux et nous ont guidé de leurs conseils.

Notre reconnaissance va en premier lieu à M. le Professeur FRÉLICH, dont l'enseignement quotidien nous a été d'un si grand profit. Il a été pour nous un maître bienveillant, et nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici un témoignage d'admiration pour ses dons de grand chirurgien.

Nos sentiments de gratitude vont également à M. le Professeur HOCHÉ, qui a bien voulu accepter de juger ce travail; nous avons largement profité de son enseignement et nous le remercions tout particulièrement.

Que M. le Professeur agrégé ABEL veuille bien trouver de même ici l'expression de notre vive reconnaissance; les conseils précieux qu'il nous a toujours donnés nous obligent à lui adresser nos vifs remerciements.

Nous adressons à M. le Professeur agrégé BODART, qui a bien voulu accepter de faire partie de notre jury, l'hommage de notre reconnaissance.

Nous sommes heureux également de pouvoir remercier ici nos camarades, les étudiants français et étrangers, qui nous ont manifesté la plus sincère et la plus cordiale amitié; grâce à eux, notre séjour en France comptera parmi les meilleurs de notre existence.

Avant de terminer ces quelques lignes, nous nous faisons un devoir de témoigner notre vive reconnaissance à M. le Docteur S. NAHABEDIAN, médecin-chef de l'Hôpital Arménien d'Istanbul, qui a été l'un des premiers à nous inculquer le goût de la médecine. Qu'il trouve ici l'expression de notre plus vive gratitude.

INTRODUCTION

Le sujet de ce travail, que nous avons intitulé « Contribution à l'étude des tumeurs dites *Conjonctivomes* », nous a été suggéré par notre Maître, M. le Professeur FRÆLICH, à la suite d'une observation personnelle inédite et d'une autre observation intéressante de son service.

Nous avons pu réunir, au cours de nos recherches, une observation publiée par MM. HAMANT et CHALNOT dans la *Revue Médicale de l'Est*, ainsi que plusieurs cas observés à Lyon.

Il nous paraît utile, avant tout, de justifier le choix de ce titre.

Le mot « Conjonctivome » n'est pas nouveau. RAFIN cite ce mot dans sa thèse, en 1898. Plus tard, JABOULAYE, dans un article paru en 1908 dans *La Clinique*, parle de Conjonctivome; actuellement, depuis la thèse d'Eugène POLLOSSON sur les « Tumeurs de la gaine des vaisseaux », ce terme a pris définitivement place dans la littérature médicale.

Qu'est-ce qu'un conjonctivome et quelle est la valeur exacte du terme?

Les conjonctivomes sont des tumeurs d'origine conjonctive. On sait que le tissu conjonctif se divise en deux variétés: le tissu conjonctif commun, tissu

cellulaire ou tissu conjonctif lâche des anatomistes français, et le tissu conjonctif condensé, modelé qui forme le chorion du derme et des viscères; les conjonctivomes sont des tumeurs fréquentes qui intéressent uniquement le tissu conjonctif commun.

Ils peuvent se développer partout, mais plus fréquemment au niveau des membres, où leur lieu de prédilection est constitué par les muscles, les aponévroses et le tissu cellulaire interfasciculaire; mais ils peuvent aussi prendre naissance au niveau du tissu cellulaire sous-cutané, ou plus profondément au niveau de l'atmosphère graisseuse de la gaine des vaisseaux.

Un de leurs caractères essentiels, c'est de présenter à la coupe une grande variété histologique, un polymorphisme frappant. Tous les aspects du tissu conjonctif peuvent y être décelés: fibrome, myxome, lipome, sarcome, etc., de sorte qu'on se trouve très embarrassé pour les étiqueter d'un nom précis.

Dans une étude faite sur les tumeurs paranéphrétiques, tumeurs issues du tissu cellulaire de la loge rénale, LECÈNE les a étudiées tout particulièrement au point de vue histologique. Il a insisté notamment sur la nécessité d'une terminologie unique. En effet, pour les définir clairement, il passe par 11 ou 12 variétés différentes allant du lipome simple jusqu'au lipofibromyxomoychondroostéosarcome.

TALBOT, dans une étude parue dans la *Revue de Chirurgie* sur les tumeurs à myéloplaxes des synoviales articulaires, tumeurs qui ont d'étroites relations avec les conjonctivomes, emploie pour les dési-

gner sept termes différents : sarcomes à myélopaxes, xanthosarcomes, xanthomes à cellules géantes, myélomes, myéloxanthomes, granulomes à cellules géantes, tumeurs myéloïdes.

Voilà pourquoi il apparaît préférable de désigner ces tumeurs par une dénomination unique plutôt que d'employer une terminologie si complexe.

« C'est l'idée de cette simplification qui paraît séduisante, dit POLLOSSON ; il semble que l'étude de ces tumeurs conjonctives sous un même chef, gagnerait en clarté et en précision. »

Cependant le mot « Conjonctivome » a aussi ses inconvénients ; on a dit qu'il créait une confusion avec les tumeurs de la conjonctive ; on a proposé le mot « Cellulome », terme qui ne donne pas également pleine satisfaction. Peut-être serait-il préférable d'opter pour le terme « *Tumeur fibroblastique* » qui met en relief l'idée de la cellule primitive embryonnaire, le fibroblaste, qui est à l'origine de ces tumeurs.

Pour la clarté du texte, nous maintiendrons dans les pages qui vont suivre le terme de conjonctivome, tout en insistant une dernière fois sur sa valeur toute relative.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ETUDE MACROSCOPIQUE

Ainsi que nous l'avons fait remarquer, les conjonctivomes peuvent se rencontrer partout où existe du tissu conjonctif commun, du tissu cellulaire lâche. Cependant, ils ont des régions de prédilection; on les voit fréquemment au niveau des membres, surtout au niveau du membre inférieur où ils occupent le tiers moyen et la région du triangle de Scarpa.

Au point de vue topographique, on les divise en deux grandes variétés: les *conjonctivomes superficiels* qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané au-dessus des aponévroses et les *conjonctivomes profonds* qui prennent naissance au niveau du tissu cellulaire profond, interstitiel, dans les cloisons cellulaires qui séparent les faisceaux musculaires. Pour ZIEGLER, les aponévroses, les fascias sont le point de départ fréquent de ces tumeurs; VELPEAU et MICHON font la même remarque pour les tumeurs des parties molles de la cuisse. Dans d'autres cas, ces tumeurs naissent du tissu cellulo-adipeux entourant les troncs vasculo-nerveux: cette dernière variété a été décrite sous le nom de conjonctivomes de la gaine des vaisseaux ou « périthéliome ».

Les conjonctivomes rencontrés au niveau de la paroi abdominale se développent aux dépens de la gaine des droits; irrégulièrement arrondis ou allongés suivant l'axe des fibres musculaires, parfois en forme de sablier, étranglés au niveau de l'interstice des droits, ils peuvent atteindre un volume énorme.

La tumeur se présente en général sous deux aspects: elle peut être bien délimitée par rapport aux plans voisins: c'est la forme circonscrite, ou alors c'est une masse informe dont les prolongements s'étalent dans toutes les directions, c'est la forme diffuse.

Presque toujours la tumeur a une forme multilobulée due à l'existence, à côté d'une masse principale, de lobules accessoires de dimensions variées. Elle apparaît donc rarement arrondie, mais plutôt creusée de sillons.

En dehors de ces signes généraux, la tumeur de récédive possède en outre des caractères bien particuliers; de forme irrégulière, elle s'est développée dans une région où le bistouri a apporté des modifications importantes. La peau n'est plus mobile, adhère aux plans sous-jacents surtout au niveau de l'ancienne cicatrice opératoire, les masses musculaires sectionnées ont aussi des adhérences avec la tumeur qui est partiellement dépourvue de sa capsule. Pour certains auteurs, la récédive n'est pas aussi fréquente qu'on le croit, et la nouvelle tumeur provient du développement d'un lobule satellite, petite masse avoisinant la tumeur primitive, n'ayant aucune connexion avec elle, et ayant échappé à l'extirpation.

POTHERAT d'abord, GOUILLAUD ensuite, ont été les premiers à insister sur ce point.

L'existence de ces tumeurs satellites ne fait actuellement plus de doutes; c'est pourquoi LERICHE, insistant particulièrement sur ce point, recommande toujours, même pour les conjonctivomes d'aspect bénin, la myomectomie large d'emblée.

Au début de son évolution, le petit volume, l'indolence, l'absence de signes fonctionnels masquent complètement la présence de la tumeur. A cette période, elle se présente sous l'aspect d'une petite masse résistante ou élastique, lisse et bien encapsulée, complètement indépendante des plans voisins. On pourra pratiquer, à cette période, le plus souvent sous anesthésie locale, l'extirpation de cette petite masse d'aspect fibreux ou gélatineux.

Laissé à lui-même, le conjonctivome continue à évoluer et à augmenter progressivement de volume, jusqu'à atteindre des dimensions parfois considérables. PAGET a signalé un cas de conjonctivome de la paroi abdominale atteignant le poids de 20 kg. VILLARD rapporte dans ses observations un conjonctivome de la cuisse qui pesait 22 kg.; la circonférence de la cuisse avait atteint 1 m. 20.

On a comparé ces tumeurs au volume d'une orange, d'un poing, d'une tête de fœtus, d'une tête d'adulte, etc. Dans les formes circonscrites, ils ont une forme généralement arrondie, la peau qui les recouvre est mobile, avec une circulation veineuse exagérée. Leur mobilité est facteur de leur situation par rapport aux plans profonds; le conjonctivome

localisé uniquement dans le tissu cellulaire sous-cutané reste très mobile; sous-aponévrotique, elle a une mobilité relative; enfin dans les cas où il siège en plein muscle, il est difficile de lui imprimer des mouvements. Lors de la contraction musculaire, elle semble même vouloir fuir sous la main.

Les conjonctivomes nés du tissu cellulaire sous-cutané ont tendance à évoluer vers l'extérieur. Ce sont en général les formes bénignes qui vont se pédiculiser grossièrement. Cependant ceci n'est pas une règle absolue, car la tumeur peut naître du tissu cellulaire et se développer vers la profondeur: c'est la forme infiltrante.

D'autres fois, au contraire, la tumeur prend naissance en plein tissu musculaire, mais fuse vers la périphérie, fait hernie à travers l'aponévrose, qui a subi en un point une perforation, et continue à se développer au-dessus de celle-ci: c'est la tumeur dite en bouton de chemise. Au niveau du triangle de Scarpa, on peut remarquer ces hernies de la tumeur à travers une déhiscence du fascia cribriformis.

Aspect macroscopique de la tumeur. — Les conjonctivomes ont rarement un aspect homogène; c'est là l'un de leurs traits caractéristiques. Ils présentent à la coupe des segments de coloration et de densité différentes, ce qui leur donne leur aspect marbré.

La consistance de la tumeur n'est pas non plus partout la même, ici masse fibreuse, dense ou même encore plus dure, rappelant le cartilage ou le tissu osseux; là, consistance mollassse, diffuente, rappelant

en certains points la matière cérébrale, d'aspect encéphaloïde, plus loin, des travées blanches pseudo-cartilagineuses alternant avec des zones blanc jaunâtres, molles, œdémateuses, opaques: ici c'est du tissu myxoïde qui prédomine et le doigt perçoit un enduit rappelant une solution épaisse et filante de gomme arabique: les zones grisâtres correspondent à un tissu plus riche en cellules que les zones claires. Ailleurs c'est l'aspect d'une véritable bouillie, aspect de « laitance de saumon », à tel point qu'on ne pratique pas une extirpation, mais un véritable évidement.

Au sein de la masse tumorale, on rencontre des cavités kystiques renfermant un liquide séreux, blanchâtre. Elles ne paraissent pas avoir d'autre signification que celle des espaces lacunaires trouvés au milieu des tumeurs quelles qu'elles soient. Ces cavités peuvent être aussi remplies de sang correspondant à de petits foyers hémorragiques dus à des ruptures vasculaires. Ces épanchements donnent à certains lobules de la tumeur une teinte rosée; ils sont le résultat de petits traumatismes localisés, mais le plus souvent c'est une vascularisation défectueuse qui les occasionne.

Les conjonctivomes sont entourés par une membrane qui les enveloppe et les délimite, une véritable capsule dont l'épaisseur et la consistance sont très variables. Le plus souvent bien individualisée, fibreuse et résistante, elle entoure entièrement la tumeur. Au début de son évolution, lorsque celle-ci est bien circonscrite, la capsule est très nettement visible: son

épaisseur, quoique variable, n'est jamais assez considérable pour empêcher d'apercevoir la lobulation et la teinte du néoplasme. Parfois on peut avoir affaire à une capsule très mince, fragile, réduite simplement à un voile cellulo-adipeux : c'est une pseudo-capsule ; cette dernière variété correspond aux formes diffuses et infiltrantes, alors qu'une capsule nette implique un cachet de bénignité.

Lorsque la tumeur acquiert un certain volume, elle peut franchir les limites de cette capsule, l'effondrer et envahir les tissus environnants, ou alors elle émet des prolongements au niveau desquels la membrane très amincie peut même par places faire défaut. On se trouve alors en présence de véritables hernies du néoplasmes ; c'est dans ces cas que la tumeur peut acquérir une adhérence si intime, du moins en apparence, avec les parties voisines.

Quelle est la valeur de la capsule au point de vue pronostic ? Pour POLLOSSON, la capsule n'est jamais une zone d'invasion néoplasique et joue simplement le rôle de barrière protectrice. Suivant LERICHE, au contraire, elle abrite de minces travées tumorales qui échappent à l'extirpation et qui constituent l'un des facteurs important des récidives. Il est bien évident que si la capsule est mince et fragile, elle peut avoir cédé par endroits en des points même impossible à déceler macroscopiquement ; dans ces cas, le tissu péri-tumoral peut-être infiltré de cellules néoplasiques. Cependant on a vu des membranes fibreuses et résistantes entourant des conjonctivomes bien circonscrits, qui paraissaient pourtant infiltrés par la tumeur.

La capsule ne paraît donc pas jouer un rôle de protection efficace. D'autre part elle réalise un plan de clivage permettant l'énucléation facile de la tumeur, de sorte que très souvent des lobules satellites échappent au chirurgien et provoquent, à échéance plus ou moins éloignée, mais infailliblement, des récidives.

Connexions avec les organes voisins

Les organes voisins (muscles, nerfs, vaisseaux) peuvent être refoulés, comprimés; ils ne sont jamais envahis.

L'os est rarement touché. On ne voit pas de fracture spontanée accompagner l'évolution des conjonctivomes, qui donnent par ailleurs exceptionnellement des métastases osseuses. TAVERNIER et NOVÉ-JOSSERAND n'en rapportent qu'un cas. Cependant, lorsque la tumeur arrive au contact de l'os, la radiographie peut déceler des troubles trophiques au niveau de celui-ci; des érosions, des kystes, des géodes peuvent y être notés.

On peut également trouver un pédicule ostéopériostique reliant la tumeur à l'os. SCHWARTZ et CHEVRIER ont rapporté cinq observations de ces tumeurs qu'il faut distinguer des tumeurs périostiques. Elles constituent une transition entre les conjonctivomes et les tumeurs osseuses.

A l'examen histologique des conjonctivomes, on peut découvrir des zones de tissu ostéogénique; suivant OLLIER, ce fait ne s'observe que s'il y a contact intime entre la tumeur et l'os; cette condition cepen-

dant ne semble pas nécessaire. Les conjonctivomes peuvent s'ossifier par le seul fait qu'ils sont de nature conjonctive. Le processus ostéogénique peut exister dans les tumeurs éloignées de l'os et manquer, au contraire, dans celles où le contact osseux est étroit.

Lorsque la tumeur évolue en plein tissu musculaire, elle comprime et dissocie les muscles. On a l'impression qu'elle est d'origine musculaire, mais elle est conjonctive et prend naissance soit au niveau de l'aponévrose, infiltrant lentement le muscle, soit au niveau du tissu cellulaire interfasciculaire.

Les fibres musculaires sont comprimées, dissociées, refoulées.

Au début, la tumeur, bien limitée par sa membrane d'enveloppe, n'adhère pas aux muscles : on l'en sépare facilement avec les doigts ou le manche d'un scapel. Lorsque la tumeur augmente de volume, il se produit un refoulement, un tassement musculaire.

Histologiquement, les fibres musculaires ne subissent que des altérations d'ordre mécanique : comprimées ou dissociées, elles apparaissent décolorées, grisâtres et délavées, mais conservent toute leur vitalité ; elles ne prennent aucune part active à la néoplasie. Il est nécessaire de bien faire la distinction entre le conjonctivome et le rhabdomyome, tumeur essentiellement bénigne ; la rareté, la texture et l'aspect histologique très particulier des rhabdomyomes aidera à poser le diagnostic, ce qui n'est pas toujours facile à faire.

Lorsque le conjonctivome est profond, au niveau de la cuisse par exemple, les muscles superficiels que

l'on rencontre dans cette région occupent parfois la surface de la tumeur et se disséminent sous la peau. S'ils sont trop distendus, ils finissent par s'atrophier. VIENNOIS cite un cas où le muscle droit interne était réduit à un faisceau très étroit, décoloré se confondant presque avec le tissu cellulaire. Cette infiltration intra-musculaire s'effectue généralement dans les masses musculaires avoisinant la tumeur, mais peut aller très loin dans la profondeur.

Les conjonctivomes peuvent prendre naissance et se développer dans l'atmosphère conjonctive entourant les troncs vasculo-nerveux, surtout au niveau des membres : c'est à cette variété de tumeur que l'on a donné le nom de « Périthéliome ». Pour JORDAN, les conjonctivomes ne peuvent pas naître de la gaine des vaisseaux, ce sont des prolongements néoplasiques qui gagnent cette région. Bien qu'il soit difficile de préciser le point initial où la tumeur a pris naissance, les tumeurs conjonctives limitées au tissu cellulaire péri-vasculaire sont aujourd'hui bien connues.

Les conjonctivomes peuvent entourer plus ou moins complètement les vaisseaux et les nerfs, qu'ils suivent dans leur trajet. Le paquet vasculo-nerveux est respecté. Si la masse de la tumeur n'est pas volumineuse, on ne note même pas de phénomènes de compression. Le clivage reste toujours facile à faire. Les gaines vasculaires servent de fils conducteurs à la tumeur qui s'étend dans la direction du faisceau vasculaire.

L'artère résiste à la compression du fait de son élasticité ou peut-être aussi de ses pulsations ; en effet,

le pouls ne subit aucune modification en aval de la tumeur.

Quant aux veines, beaucoup plus fragiles, où la pression sanguine est moins élevée, elles se laissent facilement comprimer par la tumeur. La conséquence est une gêne dans la circulation de retour, d'où résultent les œdèmes, la cyanose, la circulation collatérale exagérée et les fourmillements. Un autre danger existe également du côté des veines ; lors des manœuvres d'énucléation, les collatérales peuvent être arrachées à leur point d'abouchement sur le tronc principal, provoquant des hémorragies parfois difficiles à arrêter et nécessitant la suture de la veine.

L'envahissement des veines, très rare, a été noté une fois par Carl REGNAULT : la veine remplie de caillots était farcie de cellules néoplasiques.

Les rapports avec les troncs nerveux peuvent être très intimes. Cependant les conjonctivomes n'occasionnent pas de phénomènes de compression qui sont si caractéristiques dans les tumeurs nerveuses. Ici aussi existe un plan de clivage qu'il n'est pas toujours facile de trouver.

Le plus souvent c'est le nerf sciatique qui est englobé dans la tumeur. POTHERAT rapporte deux observations typiques : l'une d'elles concernait une femme de 52 ans atteinte d'un conjonctivome de la gaine du nerf sciatique, et l'autre, un homme présentant une tumeur au niveau du sciatique poplité interne. Dans les deux cas, le plan de clivage recherché et trouvé permit l'énucléation facile de ces masses. Il n'y a pas de complication post-opératoire dans

ces cas; seul, peut subsister une légère parésie du membre qui s'améliore d'ailleurs rapidement avec le temps.

Ce qui est frappant, dans les conjonctivomes, c'est la disproportion entre le volume de la tumeur et sa très pauvre vascularisation. Quand on extirpe ces tumeurs, on n'a pas de gros pédicule à lier; la capsule, elle aussi ne reçoit que de minces ramifications vasculaires. L'hémostase est donc relativement facile à faire.

La nutrition de ces tumeurs conjonctives est d'une façon générale assez mal connue. On a échafaudé diverses théories qui n'ont pas été confirmées; on a ainsi parlé de lacunes, de fentes vasculaires, de capillaires jeunes, de capillaires adultes, d'osmose, etc. Et pourtant les conjonctivomes sont des masses qui atteignent parfois un volume énorme, et leur évolution devrait être facteur d'une riche vascularisation.

Un autre fait a été aussi constaté; au fur et à mesure que se succèdent les interventions, la tumeur tend à acquérir une texture de plus en plus myxomateuse. Les cavités pseudo-kystiques remplies de sérosité ou de sang, les foyers de nécrose sont-ils un argument en faveur d'une vascularisation perturbée par l'action du bistouri? On ne saurait le dire, et à l'heure actuelle, la question reste incertaine.

L'innervation des tumeurs conjonctives et des conjonctivomes en particulier reste encore bien imprécise malgré les travaux intéressants d'ITCHIKAWA et d'UWATAKO. Par une modification de la méthode de BIELCHOWSKY, consistant en une désimprégnation

des fibres élastiques et des fibres collogènes, ITCHIKAWA et UWATAKO sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Présence de fibres nerveuses; 2° Absence de fibres nerveuses néoformées; 3° Rapport évident entre la prolifération des fibres nerveuses et l'augmentation de la tumeur.

Ces observations, très discutées, n'apportent pas l'explication définitive de l'innervation des tumeurs conjonctives.

Le territoire lymphatique correspondant à la région envahie n'est pas touché, les ganglions sont indemmes.

La peau, toujours mobile, n'a pas d'adhérences avec la tumeur. Cependant lorsque celle-ci atteint des proportions considérables, elle distend les téguments. Le frottement crée alors une irritation continue de l'épiderme qui peut présenter des lésions de lymphangite, d'ulcération, d'eczéma créant ainsi des portes d'entrée à une infection secondaire.

Il en est de même des tumeurs avoisinant la région périnéale qui peuvent présenter très souvent des risques d'infection.

Tels sont, esquissés en grandes lignes, les traits généraux qui, au point de vue macroscopique, caractérisant les conjonctivomes.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

De même que les conjonctivomes ont, au point de vue de l'aspect général une grande variété, de même ils présentent à l'examen histologique une texture dont le polymorphisme en est le caractère prédominant. Comme nous l'avions fait remarquer au début de ce travail, leur dénomination résulte en partie de leur aspect histologique si varié.

Les termes de tumeurs à tissus multiples, tumeurs mixtes sont, en effet, impropres à les caractériser. Les premiers impliquent l'idée de tissus différents, or, ces tumeurs ont une origine uniquement conjonctive, et dans le tissu conjonctif lui-même le tissu conjonctif commun ou tissu conjonctif lâche des anatomistes français; d'autre part, les tumeurs mixtes impliquent l'idée d'inclusion embryonnaire.

On rencontrera donc au microscope tous les aspects que peut présenter le tissu conjonctif. Suivant que l'on aura affaire à une tumeur bénigne ou maligne, l'aspect histologique sera différent. La cellule conjonctive se présente sous ses différents aspects: cellule plate ou arrondie, tantôt fusiforme, tantôt étoilée.

Pour RAFFIN, lorsque la tumeur a comme point de départ le tissu cellulaire sous-cutané, l'aspect myxo-

mateux prédomine. Au contraire, les tumeurs profondes présentent plus souvent l'aspect du Sarcome. A un autre point de vue, les formes encéphaloïdes se rapprochent des Sarcomes globo-cellulaires, tandis que les formes squinheuses ressemblent au Sarcome fuso-cellulaire, à cellules plus ou moins allongées.

L'aspect de la coupe apparaît donc très variable : des travées fibreuses alternent avec des plages sarcomateuses. Ailleurs des cellules étoilées dont les prolongements anastomotiques dessinent un réticulum baignant dans une substance interstitielle amorphe ou légèrement fibrillaire, ressemblant à du mucus ; c'est l'aspect myxoïde dû probablement à une nutrition spéciale défectueuse du tissu conjonctif. Des cellules en châton de bague à vacuoles mucoïdes apparaissent, tantôt à vacuole unique, le protoplasma formant un anneau acidophile et le noyau à gros nucléoles présentant l'aspect en croissant, tantôt multivacuolaires où le protoplasma est réduit à de minces trabécules. Cellules étoilées, réticulum myxoïde et cellules en châton de bague caractérisant le myxome.

On peut trouver aussi un aspect réticulé : des cellules néoplasiques, gros éléments à protoplasma grenu, à contours mal individualisés se réunissent par leurs prolongements ou leurs côtés. C'est la variété décrite sous le nom de réticulome ou réticulo-sarcome.

D'une manière générale, on note beaucoup de mitoses et de nombreuses cellules en voie de nécrobiose.

La substance intercellulaire plus ou moins abondante présente également un aspect très varié. Lors-

que la densité cellulaire n'est pas très grande, la substance interstitielle ou collagène est tantôt amorphe, tantôt fibrillaire, parfois aussi contient des vésicules adipeuses. Ailleurs des plages ossifiées, des fragments d'osséine alternent avec des cellules cartilagineuses épaissies: ce sont les variétés se rapprochant du sarcome ostéogénique.

On aperçoit de nombreux vaisseaux, les uns à paroi bien individualisée, les autres forés dans la tumeur et bordés de cellules néoplasiques. Parfois de véritables nids cellulaires sont centrés par des vaisseaux: c'est l'aspect pseudo-périthélial.

Comme on vient de le voir, les conjonctivomes ont rarement une texture homogène. Celle-ci est très variable suivant les points considérés. Il est donc insuffisant et imprudent de prélever sur de telles tumeurs un ou deux petits fragments dans des zones *à priori* jugées suspectes. Il serait bien plus préférable de pratiquer des biopsies larges et multiples, et en cas d'intervention d'envoyer au laboratoire la tumeur en entier avec une description macroscopique aussi complète que possible.

SYMPTOMATOLOGIE

Les conjonctivomes n'ont pas une symptomatologie qui puisse les spécifier nettement. Les signes qui les caractérisent restent toujours très banaux ; par contre au point de vue évolutif, leur constante tendance à l'extension est un de leurs traits les plus typiques.

La tumeur, toujours indolore, passe au début inaperçue. Plus tard, le peu d'accidents, qu'elle détermine n'inquiète pas le sujet qui en est porteur.

Par conséquent il est rare d'être appelé à examiner la tumeur à la phase initiale de son développement.

Au point de vue objectif, les signes physiques sont prédominants. Tout en tenant compte des commémoratifs et de la valeur souvent négative des signes subjectifs, le clinicien s'attachera de préférence à l'examen des symptômes locaux pour établir le diagnostic.

Les malades n'arrivent au chirurgien que lorsque la tumeur a acquis un volume important. La masse de la tumeur constitue l'unique symptôme apparent. La palpation méthodique peut aider à déterminer le siège et la localisation de cette masse ; elle est plus ou moins facile suivant que la tumeur est superficielle ou profonde ; parfois une fausse impression de fluctuation peut faire penser à une collection liquide et inciter le chirurgien à ponctionner. Dans sa localisation

superficielle, sous-cutanée, la tumeur est plus facilement accessible; elle apparaît nette, lobulée, et cette erreur n'est pas à craindre. Mais le plus souvent elle siège profondément sous l'aponévrose, entre les masses musculaires ou à leur intérieur, plus profondément encore au niveau des vaisseaux et des nerfs.

Lorsque la tumeur est superficielle, elle tend à s'extérioriser et à évoluer vers la périphérie: c'est la forme circonscrite, qui se pédiculise plus ou moins grossièrement.

Suivant sa localisation, la tumeur peut être plus ou moins mobilisable. Lorsqu'elle est intra-musculaire, la contraction des muscles l'immobilise partiellement.

Au niveau de la région abdominale, les conjonctivomes de la paroi musculaire présentent ce symptôme avec beaucoup de netteté: c'est le signe de BOUCHACOURT. Le déplacement de la tumeur en avant et non en bas pendant l'inspiration a été décrit sous le nom de signe de TILLAUX.

Un signe particulier, la crépitation ou collision crépitante, a été décrit par certains auteurs. C'est une sensation tactile qui aurait été constatée quelquefois. Cependant, en réalité ce signe est rarement perçu. Les conjonctivomes où prédomine le tissu adipeux montrent paraît-il plus fréquemment ce symptôme, qui varie aussi suivant que le muscle est en état de contraction ou de relâchement, suivant que la tumeur est superficielle ou profonde. C'est donc un signe très problématique que nous ne ferons que mentionner.

La peau qui recouvre la tumeur est intacte, mobile du moins au début de l'évolution. On n'observe pas ce plissement caractéristique du lipome car la tumeur occupe le tissu cellulaire sous-cutané et non les pelotons adipeux de la face profonde du derme. Il est à signaler que les téguments peuvent servir de porte d'entrée à une infection secondaire ou alors la tumeur avoisine une région, comme le périnée qui peut être la source d'une infection possible. D'autres fois, la peau, distendue et amincie par la tumeur est sujette à des frottements continuels qui peuvent créer des lésions de divers ordre : érythème, lymphangite, ulcérations, irritations provoquées par l'hypersecretion sudorale en été. Cette infection secondaire peut assombrir le pronostic d'inquiétante façon. On note au niveau de la peau des vergetures, et presque toujours une circulation veineuse exagérée, variqueuse.

La tumeur peut rester stationnaire pendant des années, puis à la suite d'un ensemble de circonstances qui sont mal connues, elle augmente rapidement de volume. D'autres fois, la tumeur évolue rapidement d'emblée.

Les troubles fonctionnels sont absents ou très peu marqués, et ils n'apparaissent réellement qu'à une période avancée de la maladie pour constituer des symptômes de gêne purement locale ou mécanique.

La *douleur* est absente. Ces tumeurs, malgré le volume énorme qu'elles atteignent parfois, n'occasionnent pas de phénomènes douloureux en elles-mêmes. On a vu des cas où elles englobaient à leur intérieur un important tronc nerveux sans qu'il y eut d'irradiation douloureuse, ni de compression.

Les tiraillements douloureux dépendent de la localisation du conjonctivome. Lorsque la tumeur se développe au niveau de l'aponévrome fessière, par exemple, tous les mouvements du membre inférieur ne peuvent pas être effectués avec la même facilité.

Dans ce cas particulier, on note que la flexion forcée de la cuisse ne se fait pas sans une sensation de douleur au niveau de la région fessière correspondante; ceci est dû aux tiraillements de l'aponévrose, la tumeur en elle-même n'occasionne pas de phénomènes douloureux en général.

Lorsqu'on le développement de la tumeur est très avancé, et que celle-ci commence à acquérir un volume considérable, on note de l'œdème, surtout au niveau des membres. La compression des vaisseaux n'a d'action que sur les veines, les artères plus souples et plus résistantes ne sont pas comprimées; cependant il n'y a pas de troubles de la calorification, les vaisseaux présentent les mêmes caractères que du côté sain, les pulsations artérielles sont perçues, les courbes oscillographiques sont normales. La cyanose, les fourmillements résultent également de la gêne dans la circulation de retour. Le territoire lymphatique n'est pas atteint, les ganglions tributaires sont indemnes, sauf en cas d'infection secondaire.

Du côté du système nerveux, il n'y a pas de troubles importants.

Si on a noté quelquefois une atrophie plus ou moins marquée des muscles, il n'y a pas en général de troubles trophiques; les réflexes demeurent normaux de même que la motricité et la sensibilité dans leurs

diverses modalités; l'étude des réactions de dégénérescence à l'examen électrique ne montre rien de particulier.

Le *squelette* n'est pas touché. On peut saisir la tumeur et la mouvoir sans qu'on la sente fixée à l'os. La radiographie confirme ces résultats.

Il n'y a pas de rententissement sur *l'état général*, pas de signes de cachexie. L'appétit est conservé, on ne note pas de pertes des forces; souvent même ces malades sont doués d'une vigueur et d'une musculature exceptionnelles.

ÉVOLUTION - PRONOSTIC

Les conjonctivomes s'individualisent mieux par leurs caractères évolutifs que par leurs symptômes : parmi ceux-ci, il faut en signaler un qui leur est bien particulier : c'est la tendance qu'ils ont à prendre une forme de plus en plus extensive.

Dans l'évolution de ces tumeurs, on doit tenir compte de deux facteurs : l'âge et la forme clinique. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence ; cependant, dans une statistique de CLERC, l'homme semble plus souvent que la femme frappé de cette affection.

Rares chez l'enfant, c'est entre 20 et 50 ans que les conjonctivomes semblent se développer le plus souvent. Au delà de 50 ans, leur évolution est plus lente ; chez le vieillard ce sont toujours des tumeurs bénignes.

La forme clinique est aussi un deuxième facteur à signaler. Les conjonctivomes qui ont tendance à évoluer vers la périphérie, à s'extérioriser, ceux qui, se pédiculisent, évoluent en gardant les caractères d'une tumeur bénigne ; cependant ceci n'a rien d'absolu, et dans les formes limitées, circonscrites, on ne peut pas être toujours fixé sur le pronostic de l'affection, même après une extirpation locale complète. Au contraire, les formes diffuses et infiltrantes, et en particulier les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux ou

périthéliomes se développent avec un caractère très net de malignité.

D'une façon générale, la progression de ces tumeurs se fait insidieusement, sans troubles fonctionnels. Parfois c'est seulement par hasard, en promenant la main sur la région atteinte que le malade est amené à constater la présence d'une petite masse. Au niveau de la cuisse par exemple, elle peut avoir atteint à ce moment le volume d'un œuf ou d'une petite orange.

Quoique l'évolution des conjonctivomes soit un élément éminemment variable et qu'à ce sujet on ne puisse formuler de principes généraux, le développement n'est pas le même pour une tumeur laissée à elle-même et pour une tumeur sur laquelle on est déjà intervenu. Abandonnés à eux-mêmes, les conjonctivomes bénins évoluent très lentement, insidieusement, pendant 10 ans, 20 ans, et même plus. A une certaine période, les troubles mécaniques, la gêne des mouvements, l'œdème provoquée par ces énormes masses obligent le malade à suspendre ses occupations.

La peau, distendue et amincie, souvent inflammée, constitue un risque d'infection secondaire: ceci a une importance capitale au point de vue du pronostic. Des cas de mort par septicémie ont été observés. VILLARD signale le cas d'une femme de 40 ans atteinte d'un conjonctivome de la région fessière qui mourut de septicémie; cette personne n'avait consenti à aller consulter un chirurgien que lorsque la tumeur, sphacélée et dégageant une odeur repoussante lui rendait la vie intolérable.

Cependant l'évolution de ces formes bénignes n'est pas toujours lente et progressive. Sous l'influence d'un traumatisme, ou par un concours de causes encore mal déterminées, la tumeur peut subir des poussées successives, des signes de malignité peuvent modifier et hâter son évolution.

Il faut signaler également que les conjonctivomes, abandonnés à eux-mêmes, ne donnent jamais de métastases, ce qui contribue à les distinguer des sarcomes osseux ou musculaires.

Quelle est maintenant l'évolution des tumeurs qui ont subi des exérèses locales successives? Pour certains, et en particulier pour TIXIER, TAVERNIER, POLLOSSON, une extirpation locale donne toujours une récurrence « in situ » et la malignité clinique et histologique de la tumeur s'accroît après chaque intervention.

Cette façon de voir ne peut pas, bien entendu, être érigée en principe général; FRUCHAUD signale des conjonctivomes guéris par une seule intervention chirurgicale. On doit admettre cependant que ces guérisons sont rares, les cas de récurrences étant de beaucoup les plus fréquents. L'extirpation partielle de la tumeur, la présence de lobules satellites échappant au bistouri, mais le plus souvent un ensemble de circonstances encore mal connus font réapparaître la tumeur à la même place, où elle se développe beaucoup plus rapidement d'ailleurs; très vite elle a tendance à envoyer à distance des prolongements, des boyaux infiltrants.

Au début de la première intervention, la guérison apparente peut durer des années, de 2 à 8 ans en moyenne : tandis que c'est seulement quelques mois après la nouvelle opération que la repullulation néoplasique se produit : on a parlé de malignité locale, mais le terme ne paraît pas avoir grande signification.

Dans d'autres cas, la tumeur de récurrence produit brusquement une métastase ; l'évolution est alors rapidement fatale. Ces métastases, souvent pulmonaires, peuvent se localiser au niveau du foie, du sein, du cœur.

Des récurrences nombreuses et de plus en plus rapides se succèdent donc localement bien avant la production des métastases, comme si c'étaient elles et non la tumeur primitive qui étaient la source des complications terminales.

Chez la femme, l'évolution des conjonctivomes de la paroi abdominale peut être influencée par le développement possible d'une grossesse. Des cas de dyspnée, de dystocie, d'avortement ont été signalés. Du côté de la tumeur, la grossesse peut donner un coup de fouet à l'évolution ou contribuer à la transformation maligne du conjonctivome.

Le degré de malignité réside souvent, au point de vue histologique, dans la proportion plus ou moins abondante des éléments jeunes, embryonnaires au sein de la tumeur.

Quel doit-être, d'une façon générale, le pronostic des conjonctivomes ? De même que l'évolution de ces

tumeurs est très variable, de même le pronostic doit être extrêmement réservé, la tumeur la plus bénigne en apparence peut prendre les caractères d'un cancer très malin. On doit donc toujours recommander aux malades, qui ont subi déjà une première intervention, de venir se faire examiner à des intervalles réguliers.

DIAGNOSTIC

L'importance d'un diagnostic précis et précoce pour une affection chirurgicale est très grande, car de lui dépend une intervention plus ou moins grave. « Ce n'est pas une simple satisfaction de l'esprit de mettre une étiquette sur un cas clinique, a dit DELBET, la recherche du diagnostic est une phase intermédiaire qui doit conduire au pronostic et au traitement ».

DIAGNOSTIC POSITIF

Le plus souvent entre 30 et 50 ans, peut apparaître au niveau des membres, de la paroi thoracique ou abdominale, une masse qui augmente progressivement de volume. Elle n'a pas de connexions avec l'os, présente peu de signes fonctionnels, sauf quelques légers phénomènes douloureux ; les ganglions du territoire sont indemmes. En présence d'une tumeur de ce genre, à évolution remarquablement lente se comptant par années, le clinicien doit penser à la possibilité d'un conjonctivome.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il dépend de la topographie de la tumeur et des différents organes de la région considérée.

Les *ostéo-sarcomes* ont des caractères bien particuliers. L'immobilité de la tumeur, sa dureté, l'adhérence à l'os, les douleurs térébrentes profondes permettront d'établir le diagnostic. Il n'y a pas de gêne fonctionnelle tant que l'articulation n'est pas atteinte. La radiographie rendra ici des services appréciables : on y constate en particulier la dilatation fusiforme de l'os ; bien distinguer les otéites fibro-kystiques des métastases osseuses, très rares en cas de conjonctivome.

Au niveau des muscles :

Les *hernies musculaires* : traumatiques se distinguent par leurs commémoratifs, leurs phénomènes douloureux, leur variation de volume. Cependant il existe des hernies musculaires latentes, évoluant insidieusement, qui peuvent simuler les conjonctivomes. A noter que les hernies musculaires irréductibles sont rares (SÉDILLOT, ROUILLOT) ; ils disparaissent lors de la contraction musculaire.

Les *ruptures musculaires* progressives, quoique rares, doivent-être citées. La déchirure se fait progressivement, fibre par fibre. Une partie du muscle s'atrophie, l'autre augmente de volume.

Les *myosites scléreuses* peuvent elles aussi être des causes d'erreur.

Les *tumeurs musculaires* proprement dites ou rhabdomyomes sont parfois très difficiles à distinguer des conjonctivomes. Ce sont des tumeurs relativement peu fréquentes, et leur texture histologique quoique très nette peut prêter à confusion.

Les *kystes hydatiques* musculaires, sphériques, résistantes sont parfois l'objet d'erreurs de diagnostic. La tumeur qu'elle occasionnent a une coque épaisse, elle est mieux enfoncée dans le muscle, donc mieux immobilisée par la contraction. L'examen général, la recherche des antécédents, la réaction de WEINBERG et la recherche de l'éosinophilie aideront, utilement le clinicien.

Les *collections suppurées profondes*, abcès d'origine ostéo-myélique, abcès froids sous-musculaires doivent aussi être envisagés. L'abcès froid a tendance à venir s'ouvrir au dehors; l'examen général, les stigmates de tuberculose (signes pulmonaires, ganglions cervicaux et trachéo-bronchiques), sont des points à ne pas négliger.

Les *tumeurs anévrismales* dans leurs formes et leurs localisations habituelles se distinguent par leur expansion, leurs signes stéthoscopiques, l'examen des artères, l'augmentation de l'indice oscillométrique.

A côté de l'anévrisme circonscrit des artérioscléreux, il faut noter les anévrismes diffus par rupture de la poche anévrismale, donnant des masses dures sous-aponévrotiques qui peuvent prêter à confusion.

On doit penser également aux *angiomes*, aux *lymphangiomes*. Les angiomes profonds notamment, de volume variable suivant l'état de fatigue du sujet, plus gros le soir que le matin, sont à éliminer du diagnostic.

Les *hématomes récents* ont des caractères bien distinctifs: début brusque, phénomènes douloureux,

ecchymoses consécutives. Cependant un hématome ancien peut parfois tromper le clinicien. L'hématome s'enkyste peu à peu, s'organise et la ponction ne donne rien dans la plupart des cas.

Lorsque la tumeur se développe dans le tissu cellulaire péri-tendineux, penser également à la possibilité d'une *synovite*. E. POLLOSSON signale le cas d'un malade atteint d'une tumeur conjonctive du pied où on avait pensé à une synovite séreuse de l'extenseur commun. La ponction exploratrice renseigna sur l'existence d'une tumeur solide et très vasculaire.

Les *tumeurs des nerfs*, se distinguent par leurs signes fonctionnels très nets; les phénomènes douloureux et les symptômes de compression.

En cas de *tumeur de RECKLINGHAUSEN*, rechercher les autres signes de cette affection: taches cutanées, tumeurs sous-cutanées. Ce sont les cas où la tumeur, souvent ulcérée siège à la racine des membres, et les malades insistent pour qu'on leur enlève ces masses volumineuses. Lorsque, n'arrivant pas à poser le diagnostic on intervient, on trouve une tumeur de consistance fibreuse, sans capsule, entourée de gros troncs nerveux, autant de caractéristiques d'une tumeur neuro-fibromateuse sur laquelle on ne doit jamais pratiquer une intervention: non seulement des hémorragies d'une gravité exceptionnelle peuvent survenir, mais la plaie opératoire ne se cicatrice pas, elle suppure, les fils sectionnent les lambeaux de la plaie qui se désunit. A noter également le choc nerveux important que produirait l'acte opératoire.

Les *tumeurs inflammatoires*. La tuberculose, la syphilis, les mycoses peuvent créer au sein du tissu conjonctif des tumeurs qui ressemblent parfois à s'y méprendre aux conjonctivomes. La syphilis en particulier donne des proliférations considérables: des tumeurs diagnostiquées sarcomes ont été guéries par le traitement antisypilitique. La syphilis produit dans les parties molles des infiltrations, des néoformations à caractères cliniques s'éloignant de l'inflammation (syphilis aphlegmasique).

Le diagnostic histologique n'est ni moins délicat, ni moins difficile que le diagnostic clinique. Les réactions du tissu conjonctif autour des foyers sypilitiques sont d'une variabilité extrême. Il y a des cas où l'inflammation interstitielle s'accuse par des productions hyperplasiques étendues; les faisceaux du tissu conjonctif disparaissent, les cellules fixes se multiplient, s'ordonnent soit en faisceaux, soit en tourbillons, donnant l'aspect d'un sarcome fusocellulaire ou globo-cellulaire.

Il y a néanmoins de petits moyens de distinction. Dans les syphilomes, les vaisseaux ne prennent pas un aspect lacunaire. D'autre part, l'aspect histologique est très variable; quoiqu'il en soit de même dans les conjonctivomes, des coupes en différents points aideront à faire le diagnostic.

D'une façon générale, faire l'examen complet du malade, noter les antécédents, rechercher les stigmates de spécificité (téguments, leucoplasies, réflexes, sérologie); le traitement d'épreuve surtout, pratiqué

sous la direction d'un spécialiste compétent, est à instituer dans les cas douteux ; l'évolution des conjonctivomes est suffisamment lente pour qu'on puisse, sans nuire en aucune façon au malade, lui faire perdre quelques semaines. On aura évité de cette façon des interventions inutiles et mutilantes.

Telles sont les affections auxquelles on doit penser lorsqu'on envisage la possibilité du développement d'un conjonctivome. Ainsi qu'on vient de le voir, la discussion du diagnostic est d'une gravité particulière ; c'est elle en effet, qui permettra de s'abstenir de manœuvres inutiles, et guidera le clinicien dans le choix d'un traitement approprié.

« Le diagnostic, a dit Maurice POLLOSSON, a souvent pour base le souvenir plus que la réflexion. Il en est des malades, comme des gens qu'on reconnaît après les avoir rencontrés, alors qu'on ne saurait dire s'ils ont le nez ou les yeux faits de telle ou telle façon ».

TRAITEMENT

L'étude des conjonctivomes pose un intéressant problème thérapeutique qui est loin d'être résolu. L'intervention chirurgicale et la radiothérapie sont à l'heure actuelle les deux armes plus ou moins efficaces dont on dispose. Quels sont les résultats obtenus par ces deux méthodes ?

L'évolution de ces tumeurs a déjà laissé entrevoir combien seraient variables les résultats de l'intervention chirurgicale. Et d'abord, quelle doit-être la technique à préconiser dans le traitement chirurgical des conjonctivomes ?

Lorsque la tumeur, peu volumineuse, a une forme circonscrite, certains auteurs ont conseillé simplement l'abstention ; ne pas intervenir sur cette tumeur qui a des caractères de bénignité et dont l'évolution est très lente. Ils invoquent surtout l'axiome suivant : un conjonctivome non traité ne donne jamais de métastases.

Cependant, dans la plupart des cas, le malade voudra être débarrassé de cette masse qui le gêne. On doit alors intervenir. Toutes les difficultés du problème résident dans la technique à adopter :

1° La simple dissection de la tumeur dans son plan de clivage doit être abandonnée. La plupart des cas

en effet, les muscles voisins sont ensemencés, et l'opération serait suivie dans un délai plus ou moins long d'une récurrence inévitable.

2° Certains auteurs ont conseillé l'amputation totale de la tumeur par une excision circulaire, comme pour un cancer du sein. LERICHE préconise une myomectomie aussi large que possible, ce qui entraînerait l'ablation des lobules tumorales satellites.

3° TIXIER, TAVERNIER, POLLOSSON estiment qu'il vaudrait mieux abandonner la chirurgie conservatrice de telles tumeurs, et s'efforcer d'obtenir des malades le sacrifice du membre atteint. Pour eux, l'amputation, et la désarticulation restent la meilleure méthode. « Alors que chaque chirurgien, dit POLLOSSON, annonce souvent la guérison opératoire d'un conjonctivome, la réalité montre, lorsqu'on a l'occasion de revoir le malade, qu'il y a eu récurrence ou généralisation ».

Cependant, comme pour les ostéo-sarcomes au début, le malade n'accepte pas cette solution radicale.

Chaque fois que la conservation du membre est possible, il faut donner la préférence aux opérations conservatrices, mais très larges et c'est encore la technique de LERICHE qui semble la meilleure.

Cependant les points de vue sont partagés, et ce sont les statistiques de l'avenir qui nous renseigneront sur les résultats obtenus.

Dans tous les cas les suites opératoires sont simples. A noter les cas de tumeurs mollasses où l'on réalise un évidement plutôt qu'une ablation, où les risques d'hémorragies plus grands; dans ces cas il faut

drainer et immobiliser le membre dans une gouttière. La réunion se fait par première intention; PONCET affirme que c'est chez les cancéreux que l'on voit les plus belles cicatrices opératoires.

La radiothérapie, a eu de son côté, ses partisans. Contrairement à la technique préconisée dans les épithéliomas, il faut prolonger les séances pendant plusieurs semaines, avec des doses calculées, de façon à conserver la vitalité des téguments. Contrairement aussi à ce que l'on a observé dans les épithéliomas, il ne semble pas que la radiorésistance des conjonctivomes augmente avec le nombre et la durée des irradiations. Des applications renouvelées 3, 6 mois et plus, après les premiers ont semblé aussi efficaces.

Pour TAVERNIER, si la radiothérapie fait régresser momentanément ces tumeurs, elle produit des métastases rapides et massives; les différents éléments de la tumeur n'étant pas également pénétrés par les rayons, il y a résorption d'embolies néoplasiques.

Dans ses statistiques, GUTTIRIEZ affirme n'avoir pas observé un seul cas de guérison totale avec disparition de la tumeur. Il y a une amélioration plus ou moins notable qui peut prolonger l'existence des malades.

Il semble que l'action conjuguée de la chirurgie et de la radiothérapie profonde soit susceptible d'améliorer le pronostic des conjonctivomes, si variables dans leur structure et leur malignité.

BÉRARD conseille systématiquement la radiothérapie, pénétrante à la suite de chaque intervention pour conjonctivome. Parmi ses observations, il cite le cas

très typique d'un jeune médecin radiologue qui subit de 1914 à 1918 trois interventions successives et de multiples séances d'irradiation pour une volumineuse tumeur conjonctive de la fesse; les résultats obtenus furent très satisfaisants.

CHALIER, COSTES et BADOLLES recommandent dans certains cas une application de rayons X à feu nu, dans la plaie opératoire, dont les lèvres cutanées sont maintenues par un écarteur. Par ce moyen il semble que l'on puisse agir sur les éléments néoplasiques échappés à l'action du bistouri, notamment à la périphérie des masses extirpées.

Lorsque la tumeur produit des récidives de plus en plus rapides, infiltrant les organes voisins, l'amputation du membre et sa désarticulation trouvent leurs indications. Mais dans tous les cas, la radiothérapie semble être un adjuvant très efficace, et qu'on ne saurait négliger.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur FRÉLICH.
Service de Chirurgie infantile et d'Orthopédie)

Conjunctivome de la région fessière et rétro-trochantérienne

M^{lle} R... Louise, 31 ans. En juillet 1917, la malade aurait fait une chute sur la région trochantérienne, qui depuis cette époque serait restée sensible.

Cependant, au cours de l'année 1918, l'état de la malade s'aggrave; la marche est possible, pénible, mais douloureuse. Par contre, l'ascension des escaliers reste douloureuse.

A l'examen, on constate une masse développée au niveau de la région rétro-trochantérienne.

La flexion de la cuisse est possible, mais cette manœuvre devient douloureuse dans la flexion exagérée. L'adduction du membre inférieur se fait facilement, mais l'abduction forcée provoque des phénomènes douloureux. La rotation interne et la rotation externe ne provoquent pas de douleurs. D'autre part on ne constate pas de déformations visibles.

A la palpation, la pression de la région rétro-trochantérienne réveille une douleur exquise. Dans la flexion de la cuisse, on a la sensation d'un placard cutané très profond.

Radiographie: 31 décembre 1930. — Profil: un placard de petits noyaux opaques qui se profilent sur la ligne trochantérienne.

Janvier 1931. — Intervention pratiquée par le Dr MUTEL. La tumeur, examinée histologiquement, a une consistance fibreuse nette: c'est un *fibrome pur*.

La malade revient se montrer en 1932. Une nouvelle *radiographie pratiquée le 27 avril 1932* montre une augmentation du placard. La radio de profil situe les concrétions à la face profonde de la peau.

Le 23 juillet 1932. — Intervention pratiquée par M. le Professeur FRÆLICH. La tumeur s'insinue entre les muscles fessiers, mais elle est facile à cliver. L'examen histologique révèle une structure en majeure partie de *sarcome et fibrosarcome faciculé*; en un point, un nodule angiomateux capillaire, intimement inclus dans la masse fibro-sarcomateuse. Par endroits et au voisinage de ce nodule apparaissent des zones d'aspect myxomateux.

En 1934, la malade revient se montrer au service; on constate l'existence d'une induration dans la région fessière et trochantérienne.

Des séances de radiothérapie sont conseillées. Elles sont pratiquées d'abord à Metz, par le D^r GÉRARD, et ensuite à Nancy; il y eut en tout quatre séances.

En 1935, la tumeur n'avait pas augmenté de volume; la malade n'a plus été revue.

OBSERVATION II

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur FRÆLICH.)

Conjunctivome de la cuisse

M^{me} A. P..., rue du Faubourg-Stanislas.

La malade, âgée de 35 ans, a eu, à l'âge de 15 ans, une ostéomyélite du radius du côté droit. Elle a été opérée par le Professeur GROSS. A la suite de la longue suppuration, les muscles fléchisseurs se transformèrent en tissu fibreux. Les doigts étaient recroquevillés dans la paume de la main et ne se redressaient partiellement que lorsque la main était fléchie sur l'avant-bras (syndrome de Volkmann). L'avant-bras était très atrophié et diminué de 4 cm. de longueur.

Le 17 octobre 1919. Allongement des cinq tendons fléchisseurs par dédoublement. Redressement et plâtre.

Le 20 novembre 1919. Ablation du plâtre. Les doigts restent en rectitude. Massage. Mobilisation.

Le 17 mai 1922. La malade revient se montrer. Les doigts ont une mobilité très améliorée, le petit doigt seul reste fléchi.

Le 5 novembre 1934. La malade revient se montrer. Elle est atteinte d'une augmentation volumineuse de la cuisse droite. La peau est normale. La tumeur occupe toute la partie antérieure de la cuisse. Elle est placée sous le quadriceps, dans son intérieur et dans le tissu cellulaire.

Une radiographie montre l'intégrité du fémur.

L'augmentation de la circonférence de la cuisse est de 6 cm. par rapport au côté gauche. La malade se plaint de quelques douleurs au niveau de la cuisse dans la marche.

Le 6 novembre 1934. Intervention sous chloroforme. Prélèvement d'une portion de la tumeur (6 cm. $\times$ 3 cm.) sur le côté externe du droit antérieur. C'est du *tissu cellulo-fibreux*, avec par place des points un peu plus mous et vasculaires.

Examen histologique: Le fragment est envoyé au docteur VERAÏN pour examen histologique. La réponse du docteur VERAÏN indique qu'il s'agit du *tissu cellulaire* condensé par places en tissu fibreux. Quelques vaisseaux disséminés.

Traitement: On fait à la malade 3 séances de radiothérapie. On prescrit de la pommade iodurée sur la tumeur et de l'iodure de potassium à l'intérieur à dose homéopathique, 0 gr. 25 par jour.

Le 20 décembre 1935: La malade revient se montrer. La tumeur existe encore, mais la circonférence de la cuisse droite n'a que 2 cm. 1/2 de plus que celle de la cuisse gauche. Il n'existe pas de douleurs, ni à la marche, ni spontanées.

La malade est revue en 1936. La tumeur est insignifiante; on la sent encore. Elle peut être considérée comme guérie,

OBSERVATION III

(Communication faite par MM. HAMANT et CHALNOT
à la Société de Médecine, le 15 avril 1934.)

Revue Médicale de l'Est, avril 1934.

Conjonctivome de la région latéro-interne du genou gauche.

Il s'agit d'un malade de 46 ans, cantonnier de son métier, entré au service de M. le Professeur HAMANT, le 27 mai 1931, pour une tuméfaction de la région externe de la cuisse gauche.

Il y a cinq ans environ, le malade dit avoir subi un traumatisme sur les deux genoux. Il a du subir à la suite de cet accident l'ablation du ménisque interne du genou droit.

Cinq ou six mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a remarqué la présence d'une petite masse de la grosseur d'une noisette au niveau de la partie latéro-interne du genou gauche. Elle augmente progressivement et, par suite de sa présence, détermine une légère gêne fonctionnelle pour laquelle le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'entrée, le 26 mai 1931, on constate sur la partie inférieure et interne de la cuisse du côté gauche, la présence d'une tumeur grosse comme un poing. Elle semble assez profonde, sous-aponévrotique. Il ne semble pas y avoir d'infiltration autour de la tuméfaction qui semble circonscrite. Elle est légèrement douloureuse à la palpation.

On intervient le 29 mai 1931, sous anesthésie au mélange de Schleich. On enlève du reste facilement une masse sous-aponévrotique nettement enkystée et qui renferme du sang sous forme de caillots. L'examen histologique fait au laboratoire du service, par M^{lle} LACOUR, ne montre pas de lésions spécifiques. La masse est entourée d'une capsule fibreuse avec un dépôt calcaire. Il existe au centre un épanchement sanguin.

Le malade sort de l'hôpital quelques jours après l'intervention, parfaitement guéri.

Il revient consulter le 18 juin 1932. Il avait repris, à la suite de la première intervention, son métier de terrassier.

Il travaillait à la pelle, appuyant le manche contre la partie inférieure de la cuisse gauche. On constate la réapparition de la tuméfaction primitive qui a repris un volume à peu près identique. La cicatrice que l'on voit à la surface des téguments est linéaire et parfaitement souple. La palpation est légèrement douloureuse. Pas de modification des téguments: quelques ganglions inguinaux légèrement tuméfiés.

Le 20 mai 1932, on pratique l'ablation de cette tuméfaction. Elle est assez facilement énucléable et constituée par des concrétions souillées de sang. L'examen histologique pratiqué à ce moment montre alors un aspect histologique complètement différent des premières recherches. On répond en effet: *sarcome à petites cellules rondes* à aspect de périthéliome. Le malade guérit du reste facilement de cette deuxième intervention et sort de l'hôpital quelques jours après.

Il revient à la clinique en 1932, en souffrant de la hanche du même côté. On lui fait quelques piqûres de Naïodine qui l'améliore et le malade ne revient qu'en 1933, montrer deux petits nodules douloureux au palper et légèrement durs. Ils s'accompagnent de quelques irradiations douloureuses.

Le 2 décembre 1933, sous anesthésie générale, on en pratique l'ablation. Il s'agit de masses blanchâtres qui s'enfoncent dans la masse du quadriceps.

L'examen histologique pratiqué pour la troisième fois, montre une malignité nettement augmentée. Il s'agit d'un *sarcome globo-cellulaire*, avec une grande abondance de cellules anormales, des monstruosité nombreuses et des lacunes sanguines.

Le malade a quitté l'hôpital quelques jours après l'intervention, et nous avons eu de lui d'excellentes nouvelles il y a quelques jours.

OBSERVATION IV

(MM. BÉRARD, COLSON et HENRY)

(Lyon Chirurgical, nov.-déc. 1935, avril 1936)
Enorme conjonctivome de la racine de la cuisse
et de la fesse, deux fois récidivé et évoluant depuis 37 ans.

M^{me} Char..., âgée de 60 ans, se présente aujourd'hui avec une tumeur récidivée pour la seconde fois et dont les premières manifestations remontent à l'âge de 23 ans.

La première hospitalisation a eu lieu en effet le 18 septembre 1912, à la Salle Saint-Pierre. La malade a 38 ans, mais depuis l'âge de 23 ans, elle souffre de douleurs intermittentes au niveau de la cuisse droite, douleurs assez vives et qui résistent aux antalgiques habituels. Entre temps, cette femme qui ne présente aucun antécédent suspect, est opérée à Thizy, d'une petite tumeur siégeant au niveau de l'articulation chondro-sternale de la septième côte du côté droit dont elle porte une petite cicatrice déprimée et adhérente aux plans profonds. La localisation des lésions laisse à penser qu'il s'est agi d'une manifestation bacillaire. Ce n'est qu'à l'âge de 36 ans que la malade, qui avait vu sa cuisse augmenter progressivement de volume, perçoit pour la première fois une masse indurée.

Deux ans plus tard, à son entrée à l'hôpital, la malade porte une tumeur volumineuse située à la racine de la cuisse. occupant en avant le triangle de Scarpa, apparaissant en arrière dans la région fessière où elle forme deux grosses masses distinctes et perceptibles par le toucher rectal à travers l'échancre sciatique. Cette tumeur, de consistance molle, de texture lobulée, est partout bien limitée, sauf à la face interne de la cuisse où elle semble s'infiltrer dans les muscles adducteurs. On peut très facilement la mobiliser sur le bassin et l'articulation de la hanche.

Il existe au niveau de la jambe un œdème manifeste, une dilatation marquée du réseau veineux, mais aucun trouble de déficit nerveux ou sensitif.

Cette masse est gênante par son volume obligeant à conserver la jambe en abduction et rotation externe pendant la marche. La portion interne venant masquer la vulve rend difficiles la miction, le coït.

L'état général est bon. Il n'existe aucun trouble du système nerveux ; le B. W. est négatif. Une radiographie de la hanche met en évidence un certain degré de raréfaction osseuse au niveau de la tête du fémur sans déformation des contours.

L'intervention (Pr BÉRARD) a lieu le 25 septembre 1912. La tumeur est abordée par une incision arquée à concavité interne, faite au niveau du tenseur du fascia lata. Les téguments sont sillonnés de très grosses veines. Après avoir incisé une mince coque fibreuse, on tombe sur la tumeur qui est constituée par une masse de tissus jaunâtres, d'aspect sphacélique, donnant l'impression de laitance de saumon. On vide progressivement la tumeur jusqu'au niveau des muscles adducteurs. Drainage, suture. Par une incision indépendante, on se porte au niveau de la région fessière où l'on procède à l'ablation d'une masse identique. Un fragment de tumeur examiné au microscope donne suivant les points l'image d'un *sarcome globo-cellulaire* ou d'un *lipome malin*. Cicatrisation per primam. Après cette opération, les douleurs disparaissent pendant plusieurs mois, puis reviennent, mais moins intenses qu'auparavant.

Ce n'est que six ans après que la tumeur apparaît à nouveau au-dessous du pli de l'aîne. Son augmentation de volume est lente, mais continue si bien que le malade revient dans le service le 25 mai 1925, âgé de cinquante ans et présentant à nouveau une grosse tumeur de la racine de la cuisse.

Le développement de la tumeur semble s'être fait surtout du côté interne au niveau des adducteurs. Elle a le volume d'une tête d'adulte, sa consistance est molle, elle n'adhère ni à la peau, ni aux plans profonds.

La jambe est le siège d'un œdème chronique dur ; le genou est gros sans hydarthrose.

Une radiographie de la hanche montre qu'il existe aussi

bien au niveau du toit cotyloïdien que de la tête fémorale une raréfaction osseuse d'aspect alvéolaire.

L'état général est parfaitement conservé.

Deuxième intervention (Pr BÉRARD) le 4 juin 1925. Incision sur l'ancienne cicatrice. Hémostase du lacis veineux pérítumoral. A l'intérieur d'une coque épaisse, on trouve une masse diffuente, couleur peau de chamois mouillée. On poursuit l'extirpation jusqu'à l'insertion des adducteurs en passant en dedans des vaisseaux fémoraux qu'on sent battre et qu'on protège. Drain. Suture.

Après une période d'arrêt de quelques mois, la tumeur a repris lentement son évolution. La malade, incommodée par l'accroissement de cette masse tolérée pendant 10 ans, vient réclamer une nouvelle intervention: 26 mars 1935.

Actuellement, la tumeur est développée surtout à la face antérieure de la cuisse, où elle forme une saillie très nette. Sa consistance est molle; elle apparaît de texture homogène; elle se confond insensiblement en avant avec une zone infiltrée répondant à la cicatrice opératoire et en arrière vers le pli génito-crural avec une masse qui se prolonge jusqu'à la région fessière. Dans son ensemble, la tumeur forme un anneau presque complet à la racine de la cuisse. La circonférence du membre au niveau de l'équateur atteint 78 cm. contre 41 du côté sain.

On retrouve dans la région fessière la cicatrice de la première intervention. A ce niveau, il n'existe pas de récidue.

La malade se trouve actuellement gênée surtout par l'infiltration de son membre inférieur, infiltration qui augmente notablement par la station debout et provoque alors l'apparition de douleurs. Le repos au lit fait disparaître rapidement ces troubles.

Il est à noter un allongement apparent du membre malade par bascule du bassin, secondaire à l'attitude vicieuse de ce membre. La circulation est normale, ainsi qu'en témoignent les courbes oscillométriques comparées des deux jambes; l'amputation du clocher diastolique pouvant traduire simple-

mment l'état œdémateux des tissus. Quant au cliché radiographique de la hanche, il montre une progression importante des lésions, avec une infiltration en crosse de l'extrémité articulaire du fémur.

Toute cette extrémité articulaire et même le grand trochanter sont raréfiés, creusés de géodes, donnant un peu l'illusion de kystes dystrophiques des os, plutôt que de métastases néoplasiques, car toutes ces cavités sont nettement limitées par des trabécules osseuses continues. Le même aspect se voit sur le pourtour de la cavité cotyloïde, et particulièrement dans sa portion iliaque.

Suite de l'observation (Lyon Chirurgical, avril 1936)

On intervient sous anesthésie générale en vue de supprimer l'énorme prolongement de la cuisse qui gêne la malade dans ses fonctions naturelles. On tombe sur un magma diffus et des tissus difflnants et télangiectasiques. Evidement. Tamponnement de la cavité. L'état de la malade, qui a perdu beaucoup de sang, s'aggrave ; elle succombe dans la nuit suivante.

Autopsie : dimensions énormes de la masse qui, à travers le trou obturateur, a filé dans l'excavation pelvienne, englobant vaisseaux et nerfs. Il n'y a pas d'envahissement de la tête fémorale et du cotyle, mais des érosions multiples par usure. L'examen histologique confirme les résultats donnés par les prélèvements lors des deux premières interventions.

OBSERVATION V

(MM. BÉRARD, COLSON et HENRY)

(*Lyon Chirurgical*, nov.-déc. 1935)

Enorme conjonctivome de la région pectorale et axillaire droite

La malade, âgée de 73 ans, a eu toute sa vie une excellente santé. Elle a eu 4 enfants, dont le dernier était mort-né ; elle n'a pas eu de fausse couche.

Il y a sept ans environ apparaît au-dessus de son sein droit une petite masse indolore peu gênante qui, lentement et progressivement, atteint le volume actuel.

A l'examen : Femme un peu maigre, présentant un bon état général. Il existe une énorme tumeur beaucoup plus volumineuse qu'une tête humaine, appendue à la paroi antérieure de l'aisselle par un pédoncule étiré, assez long et envahissant toute la région mammaire droite. Cette masse est relativement régulière, avec quelques bosselures. La peau est normale, très mobile, sillonnée de quelques veines dilatées. Cette tumeur présente une cicatrice à la partie supérieure correspondant à une suppuration tarie depuis deux mois. La palpation met en évidence la texture lobulée et permet d'apprécier la consistance du tissu sous-jacent, qui est très typique, d'un simple conjonctivome. Le sein droit est sous-jacent à la tumeur qui le masque presque complètement, et dont il est séparé par un sillon profond, siège de lésions d'intertrigo. Le sein est, par ailleurs, normal, légèrement moins volumineux que le gauche. Pas de ganglions axillaires. Il n'existe nulle part de signe de néoplasie.

L'examen général est entièrement négatif. Rien au cœur ; à signaler quelques râles aux bases, et des lésions rhumatismales des extrémités.

L'ablation des lésions peut être effectuée assez facilement en totalité, grâce à la longueur et à la laxité du pédicule qui permet de faire porter le plan de section en tissu sain. Réunion par première intention.

L'examen histologique de la tumeur montre un *fibro-lipome lobulé*, constitué par des éléments d'apparence adulte, sans signe de validité histologique.

OBSERVATION VI

(MM. BÉRARD, COLSON et HENRY)

(*Lyon Chirurgical*, nov.-déc. 1935)

E... Charles, 53 ans. Malade envoyé en consultation au centre anticancéreux par le Dr FAYOL, pour une volumineuse tumeur de la région pectorale, plusieurs fois opérée depuis l'année 1916.

Ce malade, marié, père de cinq enfants bien portants, a une excellente constitution. On ne relève chez lui aucun antécédent pathologique particulier.

C'est en 1915 que la tumeur fait son apparition sous forme d'une petite masse située à 5 cm. au-dessous du milieu de la clavicule, mobile à la fois sur les plans profonds et sous les téguments. En août 1916, un chirurgien militaire pratique l'exérèse de la tumeur qui, à ce moment, a le volume d'un œuf.

Après un intervalle libre de six ans environ, le malade s'aperçoit de la réapparition de la tumeur qui siège toujours au même point, et ne provoque par son accroissement aucune douleur. En juin 1924, la récurrence a acquis le volume du poing, le Dr MULLER de Saint-Etienne en fait l'ablation, et pratique un curage axillaire complémentaire.

Cette fois, la récurrence apparaît de façon plus précoce, et deux ans seulement après l'exérèse la cicatrice opératoire est soulevée par de nouvelles masses plus volumineuses qui adhèrent progressivement aux téguments et finissent par ulcérer l'épiderme cicatriciel. On ne note, malgré tout, aucun signe de compression au niveau du bras droit.

En août 1930, le Dr FAYOL pratique l'exérèse de la tumeur et résèque la clavicule, vérifiant ainsi l'intégrité du creux sus-claviculaire (la masse enlevée pesait plus de 3 kilos). Son ablation laisse une grosse perte de substance cutanée qui se ferme progressivement.

L'examen histologique pratiqué en ce moment identifie la tumeur à un *chondrofibrome*.

Deux ans après l'intervention se manifeste à nouveau une récurrence *in situ*. Et cinq ans après le malade se présente porteur d'une volumineuse tumeur occupant toute la région pectorale. La cicatrice opératoire semble avoir bridé le développement de la tumeur qui présente deux masses distinctes, situées de part et d'autre de la zone cicatricielle. A la palpation, la tumeur est de consistance ferme. Sa surface est multilobulée. La peau, sillonnée de nombreuses veines dilatées, est

mobile, ne présente pas d'ulcérations. Il existe au niveau du creux axillaire un prolongement gros comme deux poings, et dans la région sus-claviculaire un bourgeon du volume d'une mandarine. Il est impossible de mobiliser la masse principale sur le squelette.

Le bras droit est le siège d'un œdème cyanique assez développé; la radiale est bien perçue; on ne note aucun déficit moteur ou sensitif, mais le malade accuse des névralgies assez violentes.

Une radiographie pratiquée ne décèle aucun envahissement ni de l'épaule ni de l'appareil pleuro-pulmonaire. Par ailleurs, l'état général est bien conservé sans amaigrissement sensible. L'état fonctionnel était excellent puisqu'il n'y a guère que deux mois que le malade a renoncé à travailler devant l'apparition de l'œdème de son bras. Mais l'envahissement diffus des parties molles au niveau de la région pectorale axillaire et deltoïdienne, ainsi que d'une portion de la région scapulaire, doit faire renoncer à toute tentative d'exérèse radicale, telle que pourrait la réaliser une désarticulation interscapulothoracique.

Par ailleurs, une exérèse de la tumeur par fragmentation directe ou par extirpation totale sur le plan costal risquerait fort d'être incomplète, de n'apporter aucune amélioration aux fonctions du membre supérieur droit et de laisser ensuite une énorme perte de substance des parties molles qu'il serait impossible de combler.

OBSERVATION VII

(Communication faite par M. BÉRARD
à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 5 décembre 1929.

Conjonctivome de l'avant-bras.

M^{lle} P..., 6 mois; enfant envoyée dans le service de M. le D^r MICHEL pour une tumeur de l'avant-bras droit, dont le début remonte à trois semaines. Une biopsie pratiquée sur la tumeur a montré qu'il s'agit d'une tumeur conjonctive maligne.

A l'entrée, on constate une tumeur siégeant sur le bord cubital de l'avant-bras, du volume d'une noix, un peu allongée suivant l'axe de l'avant-bras, lisse, régulière et dure. La peau n'est pas adhérente à la tumeur, qui est d'autre part nettement indépendante des plans profonds et peut être mobilisée sur eux.

Intervention du 5 décembre 1228; sous anesthésie locale, ablation large de la tumeur. Elle fait corps avec l'aponévrose d'enveloppe du membre, mais les muscles sous-jacents ne sont pas envahis; le nerf cubital est très facilement libéré sur toute la longueur de la tumeur. Dès que la cicatrisation sera complète on commencera un traitement radiothérapique.

Examen histologique (D^r MARTIN): Tumeur histologiquement d'une grande malignité, à ranger dans le groupe des tumeurs conjonctives. Elle est constituée par des travées de tissu collagène qui délimitent assez imparfaitement des alvéoles. Dans ce tissu collagène serpentent des capillaires sanguins dont certains sont gorgés de sang.

Dans l'interstice des alvéoles se logent les cellules néoplasiques: ce sont de gros éléments à protoplasma grenu, peu acidophile, dont les contours sont mal individualisés et qui se réunissent entre eux par leurs côtés ou leurs prolongements. C'est ainsi que se crée une véritable apparence réticulaire.

Le centre de l'élément est occupé par un gros noyau arrondi, pauvre en chromatine. Il y a d'innombrables mitoses et également d'assez nombreuses cellules en voie de nécrobiose.

De l'ensemble de ces faits, nous pouvons conclure qu'il s'agit vraisemblablement d'un *réticulo-sarcome*.

CONCLUSION

Les *Conjonctivomes* sont des tumeurs relativement fréquentes qui prennent naissance au niveau du tissu conjonctif commun, particulièrement dans les membres, au sein des masses musculaires.

De forme et de volume très variables, ils présentent à la coupe une texture histologique variée et complexe, de sorte qu'il est très difficile de leur attribuer une dénomination précise; c'est pourquoi nous estimons qu'il serait utile de les grouper sous une terminologie unique.

L'étude de la symptomatologie de ces tumeurs ne met en relief aucun signe qu'il leur soit particulier: on pourrait faire remarquer à ce sujet l'absence presque complète de signes fonctionnels, par contre les signes physiques sont prédominants.

L'évolution des conjonctivomes présente un élément qui leur est très caractéristique: presque toujours ils ont tendance à prendre une forme extensive. L'évolution en est très variable, et au point de vue du pronostic, il est tout à fait arbitraire de les diviser en conjonctivomes bénins et conjonctivomes malins.

La question du traitement est très discutée à l'heure actuelle; extirpation locale, exérèse large, amputation, tous ces procédés ont leurs partisans: la myo-

mectomie large de LERICHE, paraît *a priori*, une technique opératoire séduisante et elle serait à préconiser dans bon nombre de cas.

Enfin, on ne saurait négliger la radiothérapie profonde, qui rendrait de précieux services surtout dans les cas inopérables.

Tels sont à l'heure actuelle les deux moyens que l'on possède pour lutter contre cette affection, en attendant qu'une thérapeutique nouvelle vienne éclaircir quelque peu le pronostic plutôt pessimiste de ces tumeurs.

VU :

Nancy, le 20 Juillet 1936.

Le Président de Thèse,

FRÆLICH.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 21 Juillet 1936.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 22 Juillet 1936.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGELELLI (Onofrio). — Les tumeurs conjonctives des plans musculo-aponévrotiques. *Tumori*, nov.-déc. 1928, p. 594.
- BÉRARD. — Traité de Chirurgie.
- A propos d'une tumeur conjonctive de la cuisse traitée par extirpation. *Lyon Chirurgical*, 1930, p. 236.
- A propos des tumeurs conjonctives profondes de la cuisse. *Lyon Chirurgical*, 1929, p. 629.
- BÉRARD et CREYSELL. — Sur quelques observations de conjonctivome. *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 742.
- BÉRARD et DESJACQUES. — Récidive d'une tumeur conjonctive de la cuisse. *Lyon Chirurgical*, 1931, p. 271.
- BÉRARD et PEYCELON. — A propos des conjonctivomes des membres, résultats éloignés et observations nouvelles. *Lyon Chirurgical*, 1930, p. 82.
- BECK (S.-C.). — Zur Kenntnis des Dermatofibrosarkoma protuberans Kuznitzkygrabisch - Darier-Ferrand. E. Hoffmannscher Typus des Hantoartioms. *Dermat. Ztschr.* 59-1-11, 1930.
- BEZECNY (R.). — Lungen metastasen beim Dermatofibrosarkoma protuberans. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 169-347-353, 1933.
- BLUMENTHAL (F.). — Traumatisme et tumeurs malignes. *Medizinische klinik*, 17 fév. 1928, p. 249.
- BOLOGNESI. — Sur les tumeurs primitives des tuniques et gaines vasculaires. *Index analyticus cancerologiae*, 1929, p. 363.
- BRANCA et VERNE. — Traité d'Histologie.

- CLERC (L.). — Quelques considérations sur le myxome lipomateux de la cuisse. *Thèse de Lyon*, 1897.
- COLEY (W.-B.) et HIGINBOTHAM (N.-L.). — Traumatisme comme facteur causal dans le développement des tumeurs malignes. *Annals of Surgery*, déc. 1933, p. 991.
- DELACHANAL (J.). — Des tumeurs malignes du tissu celluloadipeux. *Thèse de Lyon*, 1910.
- DIEULAFÉ. — Enorme tumeur fibro-adipeuse de la cuisse. *Gazette des Hôpitaux*, 1930, p. 151.
- DUCUING (J.). — Précis de Cancérologie.
- DUPLAY et CAZIN. — Les tumeurs.
- FERRARINI (G.). — Sur les tumeurs primitives des gaines vasculaires. *La Clinica chirurgica*, 30 mars 1913, p. 589.
- FOURNIALS (J.). — Contribution à l'étude des lipomes intramusculaires. *Thèse de Toulouse*, 1923.
- FAVRE (M.). — Sarcomes vrais et faux sarcomes, syphilomes et sarcomes. *Lyon Médical*, août 1927, p. 177.
- FRUCHAUD (H.). — Les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoro-poplités. *Revue de Chirurgie*, p. 454.
- GAUGLER. — Un cas rare de lipome congénital de la veine fémorale. *Virchow's Archiv.*, vol. 265, fasc. 3, p. 643, 1927, analysé in *Annales d'Anat. Path.*, 1930, p. 99.
- GINESTET (G.). — Lipome sous-aponévrotique du bras. *Thèse de Lyon*, 1922-23.
- GOUILLOUD. — Désarticulation de la hanche pour une tumeur maligne récidivante musculaire de la cuisse. *Lyon Médical*, 1909, p. 19.
- GOUILLOUD et GAUTHIER. — Désarticulation de la hanche droite pour un sarcome de la cuisse chez un vieillard de 72 ans. *Lyon Médical*, 1925, p. 609.
- GUTTIRIEZ (J.). — Traitement des sarcomes et des ostéosarcomes par la radiothérapie pénétrante. *La Semana Médica*, 6 janv. 1927, p. 10.
- HAMANT, CORNIL et MOSIAGER. — Sarcome fibroblastique de la cuisse développé sur une cicatrice opératoire. *Annales d'Anat. Path.*, Paris-7: 372-373, mars 1930.

- ISELIN (H.). — Des relations entre le traumatisme et la formation des tumeurs. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 15 fév. 1930, p. 141.
- ITCHIKAWA (K.) et UWATAKO (Y.). — Etude expérimentale et comparée du cancer. *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1924, p. 626.
- Les nerfs périphériques et leurs terminaisons au cours du développement du cancer. Etude de leur existence dans le cancer humain. *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1925, p. 18-27.
- JABOULAY. — Myxome de la cuisse. *La Clinique*, 1908.
- KIRMISSON. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa. *Revue de Chirurgie*, 1886, p. 819 et suiv.
- LEBEL. — Désarticulation de la hanche comparée à l'amputation de la cuisse dans les tumeurs malignes du fémur et des tissus environnants. *Thèse de Paris*, 1901.
- LECÈNE. — Précis de Pathologie chirurgicale.
- LECÈNE et MONDOR. — La myomectomie large dans certains sarcomes primitifs musculaires. *Journal de Chirurgie*, 1911, p. 617.
- LECÈNE et MOULONGUET. — Les tumeurs à myélopaxes des gaines tendineuses. *Annales d'Anat. Pathol.*, juillet 1924.
- LECÈNE et THÉVENOT. — Les tumeurs solides paranéphrétiques. *Congrès Français de Chirurgie*, 1919, p. 533.
- LE DENTU et DELBRET. — Traité de Chirurgie. Art.: Néoplasmes.
- LEJARS. — Inflammation chronique des gaines synoviales des tendons extenseurs de la main gauche simulant un fibrosarcome. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1911, p. 855.
- LERICHE et POLICARD. — Suggestions sur le problème de la croissance squelettique fournie par l'examen d'une exostose ostéogénique. *Presse Médicale*, 31 oct. 1923, p. 905.
- Considérations générales sur les ostéo-sarcomes. *Presse Médicale*, 3 déc. 1924, p. 957.

- MASSIA et PILON. — Le traitement antisypilitique d'épreuve. *Journal de Médecine de Lyon*, mai 1925, p. 503.
- MATHEY-CORNAT (M.-R.). — Quelques aperçus sur le diagnostic radiographique et le traitement des tumeurs osseuses métastatiques. *Paris Médical*, 13 juin 1931, p. 550.
- MERLAT (H.). — De quelques tumeurs des parties molles de la cuisse. De leur traitement conservateur. *Thèse de Lyon*, 1908.
- MOURGUE-MOLINES (E.) et ARNAL (W.). — Volumineuse tumeur conjonctive des parties molles du creux de l'aisselle. Amputation isterscapulo-thoracique. *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 10 mars 1934, p. 401-409.
- NOVÉ-JOSSERAND (A.). — Etude sur les tumeurs conjonctives des muscles striés et en particulier sur le fibrome dissociant à évolution maligne. *Thèse de Lyon*, 1895.
- Tumeurs conjonctives des membres. *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 711.
- NOVÉ-JOSSERAND (A.) et TAVERNIER. — Tumeurs malignes des os. I vol., Paris, Doin, 1927.
- PASINI (A.). — Eruttivo. Celluloma epitheliale errutivo. *Giur. Ital. d. mal. ventr. Milano*. 1924, LXV, p. 765-772.
- PATEL et EPARVIER. — Fibro-sarcomes de la paroi abdominale et grossesse. *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc. Paris*, 16 janv. 1927.
- POLLOSSON (E.). — Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles des membres. Du conjonctivome de la gaine des vaisseaux en particulier. *Thèse de Lyon*, 1925.
- Tumeur conjonctive de la gaine des vaisseaux huméraux observée pendant 13 ans. Mort par généralisation pulmonaire. *Lyon Chirurgical*, 1929, p. 41.
- POLLOSSON et CREYSELL. — Tumeurs conjonctives des parties molles de la cuisse. *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 608.
- POTHERAT (E.). — Lipome d'un doigt. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1900, p. 1054.

- Myxome du membre supérieur et radiographie. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1903, p. 691.
- Enorme myxome de la cuisse gauche. Ablation. Guérison. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1905, p. 472.
- Fibro-myxo-sarcome du sciatique. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1906, p. 358.
- Tumeur du sciatique poplité interne. Extirpation avec conservation du nerf et de ses fonctions. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1912, p. 458.
- RAFIN (M.). — Du myxome diffus du tissu cellulaire des membres. *Thèse de Lyon*, 1885.
- REGAUD (Ch.) et COUTAUD (H.). — Radiothérapie des sarcomes. *Paris Médical*, fév. 1924, p. 119.
- REGNAULT (Carl). — Die Malignen Tumoren des Gefascheide. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1887.
- ROUSSY (G.) et HUGUENIN. — Fibrosarcome de l'épaule ou fibrosarcome envahissant. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, juillet 1929, p. 474-481.
- SABRAZES, GUYOT, JEANNENEY. — Lipome du muscle temporal. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1924, p. 47.
- SABRAZES, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT. — Les tumeurs des os. (1 vol., Paris, Masson, 1932).
- SCHAARI (M.). — Sur les prétendues tumeurs inflammatoires et la stéatonécrose sous-cutanée. *Zentralblatt für Chirurgie*.
- SCHWARTZ et CHEVRIER. — Du lipome périostique. *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1905, p. 496-501.
- Les lipomes ostéo-périostiques. *Revue de Chirurgie*, 1905, p. 132 et 286; *id.*, 1906, p. 76, 260, 469.
- TEEVAN. — On Tumours in Voluntary muscles. (In *British and for Med. Chir. review.*, 1883, vol. XXXII, p. 504.
- TALBOT (A.). — Des tumeurs à myéloplaxes primitives des synoviales articulaires. *Revue de Chirurgie*, 1928, p. 398.
- THÉVENOT et PATEL. — Les myxo-lipomes de la cuisse. *Gaz. des Hôpitaux*, 1901, p. 685,

- THOMAS (A.). — Tumeurs comparables à des tumeurs glomériques développées dans les muscles de la cuisse à la suite d'un traumatisme. *Annales d'Anat. Pathol.*, juin 1933, p. 657.
- TOURNEUX (J.-P.). — Les sarcomes des gâines tendineuses. *Revue de Chirurgie*, 1913, p. 817.
- VEYRESSAT. — Myxo-lipome de la fesse. *Gazette des Hôpitaux*, 1906, p. 1539.
- VILLARD. — Myxo-lipome de la cuisse. *Société des Sciences Médicales*, juillet 1896.
- Enorme fibro-sarcome de la cuisse. *Société des Sciences Médicales*, juillet 1902.
- ZEYLAND. — Les tumeurs à cellules géantes. *Annales d'Anat. Pathol.*, mars 1927, p. 243.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Avant-Propos</i>	7
<i>Introduction</i>	9
<i>Anatomie pathologique</i>	12
<i>Histologie pathologique</i>	24
<i>Symptomatologie</i>	27
<i>Evolution - Pronostic</i>	32
<i>Diagnostic</i>	37
<i>Traitement</i>	43
<i>Observations</i>	47
<i>Conclusions</i>	60
<i>Bibliographie</i>	62
